

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 50.

TRAITEMENT

DU

VARICOÈLE

PAR RÉSECTION DES VEINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH CLAUSSAT

Né le 12 octobre 1874, à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme)

CHAMBÉRY

IMPRIMERIE NOUVELLE, AVENUE DU CHAMP-DE-MARS

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 50.

TRAITEMENT
DU
VARICOCELE
PAR RÉSECTION DES VEINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

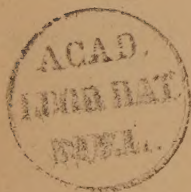
Et soutenue publiquement le 15 décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH CLAUSSAT

Né le 12 octobre 1874, à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme)



CHAMBÉRY

IMPRIMERIE NOUVELLE, AVENUE DU CHAMP-DE-MARS

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des femmes	LAROYENNE.
--	------------

Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements	POLLOSSON (A). —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVE-JOSSERAND.
POLLOSSON (A).	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBU.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUGAGNEUR, Président ; M. CHANDELUX, Assesseur ; MM. ROLLET et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

*Faible hommage
de ma profonde reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGAGNEUR

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE

A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ANTIQUAILLE

INTRODUCTION

Il y a quelque quinze ans à peine, tout chirurgien se refusait à une opération sanglante dans le traitement du varicocèle ; malgré les quelques succès dus aux hardis procédés de Celse, Paul d'Egine, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, etc., dès le milieu du siècle dernier, on reculait, avec juste raison, devant la phlébite, l'érysipèle et l'infection purulente.

De nos jours, et grâce à la méthode antiseptique, ces craintes sont surannées ou tout au moins puériles. Mais si, sans redouter la septicémie, il est permis de porter le bistouri sur les veines du cordon, il ne s'ensuit pas, pour tous les auteurs, que l'on doive opérer, d'une façon absolue, tous les varicocèles. La position sociale de l'individu, certaines diathèses, l'absence totale de douleurs, gêne, troubles trophiques ou mentaux, etc., peuvent, dans certains cas, faire préférer le traitement palliatif à la cure sanglante.

Dans un des chapitres de ce travail, nous traitons de l'indication d'opérer les varicocèles, en laissant au chirurgien le soin d'apprécier le moment convenable, opportun pour certains cas particuliers.

En dehors de ces quelques considérations, le but véritable de ce modeste travail est de prouver que la résection des veines du cordon, à ciel ouvert, est supérieure à tous traitements préconisés jusqu'ici pour la cure du varicocèle. C'est le traitement de choix, applicable à tous les cas.

TRAITEMENT DU VARICOCÈLE

PAR RÉSECTION DES VEINES

CHAPITRE I^{er}

Le varicocèle, c'est-à-dire les dilatations variqueuses des veines du cordon, s'observe chez l'homme de 10 à 35 ans, et présente dans son volume des différences considérables.

Nous ne nous occuperons pas ici du varicocèle annexiel chez la femme.

Etiologie et Pathogénie

Pour son *apparition*, on a incriminé :

L'hérédité (Blandin rapporte le cas de trois frères, tous atteints de varicocèle et exemptés du service militaire pour ce motif ; leur père lui-même était porteur d'un varicocèle) ;

Une constitution molle, lymphatique ;

L'influence de certaines professions (marcheurs, cavaliers, personnes obligées de garder pendant toute la journée la station verticale) ;

L'influence de la chaleur humide : ce qui est vrai, c'est que sous l'influence de cette dernière, le varicocèle augmente de volume ; il diminue au contraire sous l'application du froid, si toutefois les veines ne contiennent pas de caillots oblitérants ;

Les excès vénériens : coït et surtout masturbation, et aussi *la continence* dans le même ordre d'idées ;

Toutes circonstances susceptibles de gêner la circulation dans les veines spermatiques : tumeurs inguinales et abdominales ; compression directe par la pelote d'un bandage, le ceinturon, les cartouchières, etc., enfin *les traumatismes*.

Est-il nécessaire de se rattacher à l'une de ces théories, de ces causes, à l'exclusion des autres, ou les admettre toutes en bloc ? Nous pensons que c'est inutile, car si dans quelques cas spéciaux on a pu croire que l'une ou l'autre était à elle seule la cause véritablement productrice du varicocèle, nous croyons qu'il est plus sage d'avouer, comme pour les varices des membres inférieurs, notre ignorance sur l'Étiologie et la Pathogénie de cette affection. Mieux vaut, à notre avis, les considérer comme causes prédisposantes que comme causes efficientes.

Fréquence. — Au point de vue de la fréquence, on a constaté que les Français présentent un certain degré d'immunité, surtout les descendants de la race celtique (Bretagne, Plateau Central, Alpes) ; ceux de la race Kymrique ou belge (départements du Nord-Est) seraient plus souvent atteints. Alors qu'en Angle-

terre, d'après Curling, les exemptés seraient de 23,4 pour 1,000, en France ce nombre serait :

pour Gaujot de 1,6,

pour Horfeloup de 3,

pour Longuet de 5,89

et pour Antony de 8 pour 1,000.

Les observations des auteurs précités n'ont porté que sur certains départements, ce qui explique la divergence des résultats.

Siège. — L'examen clinique montre que le varicocèle siège presque constamment à gauche (92 0/0 à gauche, 4 à droite et 4 bilatéral). Pourquoi ? La compression des veines iliaques gauches par les matières stercorales contenues dans l'S iliaque en est la cause, disent les uns. La veine spermatique s'abouche *perpendiculairement* à la veine rénale du même côté, disent les autres, et détermine ainsi un choc des deux courants veineux qui serait la cause de la prédominance du varicocèle à gauche.

La plus grande longueur et les flexuosités du plexus spermatique gauche, le volume plus considérable du testicule de ce côté, et l'habitude du port des bourses à gauche, ont été regardés par quelques auteurs comme des causes prédisposantes.

« Dans la plupart des exercices militaires qui exigent l'effort, le côté gauche est immobilisé dans l'état de contraction, pour servir de point d'appui et laisser le côté droit libre d'agir. Dans cette attitude, les muscles du côté gauche, et notamment ceux de l'abdomen, sont en état de contraction permanente. La répé-

tition de cette série de contractions détermine dans les veines, et en particulier dans celles du côté gauche, une stase qui finit par amener leur dilatation. » (GAUJOT).

Il est possible que ces causes jouent un rôle dans la prédominance du varicocèle à gauche, dans des limites qu'il est difficile de préciser. On a encore essayé de l'expliquer par une faiblesse congénitale de ce côté du corps. Comme pour ce qui a été dit à l'Étiologie, nous croyons qu'il est préférable de s'en tenir aux résultats de l'observation, momentanément du moins. On a constaté que le côté gauche du corps humain, portion sous-ombilicale et même sous-cardiaque, était plus sujet que le côté droit aux névralgies intercostales, varices, varicocèles, etc. Comment se rendre compte de ce phénomène ? Aucune explication plausible n'est venue nous convaincre.

Anatomie pathologique

Perrier, dans sa thèse inaugurale, et avec lui tous les auteurs, prétendait que le varicocèle antérieur était beaucoup plus fréquent que le varicocèle postérieur, et que dans le cas où la dilatation variqueuse atteignait les deux plexus, les veines du plexus pampiniforme étaient plus développées que les veines funiculaires.

Curling et Horteloup prétendent, en s'appuyant sur de nombreuses observations, et sur des résultats d'autopsies, avoir montré que ces idées étaient erronées,

et que c'est le contraire qui se produit normalement. (CROUZAT, Thèse de Paris, 1889).

Diagnostic différentiel

M. le professeur Tillaux avoue, dans son *Traité de Chirurgie clinique* (t. 2, p. 443), que dans plusieurs cas, et malgré la plus grande attention, il n'a pu poser d'une façon ferme, le diagnostic de varicocèle ou de hernie épiploïque, surtout chez les sujets obèses. Que MM. les professeurs Horteloup, Le Dentu, ou d'autres promoteurs de traitement chirurgical par excision de la tumeur à l'aide de clamps, pinces, etc., se trouvent en présence de cas semblables à ceux de l'éminent chirurgien de la Charité, que feront-ils? Courront-ils le risque d'opérer une hernie épiploïque à l'aide du clamp ou de la pince à ovariectomie? Nous ne le pensons pas, tandis que par le procédé de résection des veines, à ciel ouvert, le mode opératoire sera le même, qu'il s'agisse de hernie ou de varicocèle.

Dans certains cas, le tissu cellulaire interposé aux veines variqueuses, perd sa laxité ; il s'enflamme, s'infiltré de sérosité, s'épaissit et s'indure au point d'acquérir une consistance lardacée et de simuler un néoplasme, comme surajouté aux altérations variqueuses, d'où difficulté du diagnostic. Dans deux cas, signalés par Escallier, la « tumeur caverneuse » avait à peu près le volume d'un œuf de poule, à grand diamètre vertical.

Nous n'avons pas eu l'intention, dans ce chapitre,

de faire un exposé complet de la question ; notre but a été simplement de relever quelques erreurs et de noter certains faits venant à l'appui de notre thèse. (Ouvrage à consulter : LAUTOUR, Thèse de Bordeaux, 1892.)

CHAPITRE II

HISTORIQUE DU TRAITEMENT

Inutile de dire que nous éliminons d'emblée la méthode trop radicale de la castration.

Nous ne ferons que citer pour mémoire quelques-uns des procédés employés avant l'avènement de la méthode antiseptique, sous le nom de méthodes nouvelles, non sanglantes, préservatrices :

La compression, de Sanson.

Le séton de Fricke.

L'acupressure, de Davat.

La galvanopuncture, d'Onimus.

Les injections coagulantes, Maisonneuve, Pinching.

La cautérisation, Bonnet (de Lyon), Nélaton, Velpeau.

La ligature sous-cutanée, Ricord.

L'enroulement, Broca.

La section extemporanée des veines et de la peau, Amussat fils.

La résection par l'écraseur de Chassaignac.

L'isolement, Rigaud (de Nancy), etc.

Toutes ces méthodes exposaient à la phlébite et à des complications phlegmoneuses graves.

Traitement palliatif

Le traitement palliatif consiste dans des moyens hygiéniques et orthopédiques.

Disons tout de suite que le moins mauvais des moyens orthopédiques est le suspensoir. Mais pour qu'il soit efficace, combien de précautions à prendre ! Il doit être ni trop lâche, ni trop serré, s'adapter aux bourses, les soutenir, les relever, les comprimer légèrement sans occasionner de douleurs ; des lavages fréquents, une propreté minutieuse sont indispensables pour tous ceux qui le portent.

Si nous remarquons que le varicocèle atteint presque constamment les hommes qui se livrent à de durs travaux, longtemps soutenus, toujours très salissants, nous voyons combien les conditions mentionnées ci-dessus sont difficilement réalisables.

Les résultats obtenus, grâce aux moyens hygiéniques, ne sont pas moins illusoires. Il va nous suffire de les énumérer pour en montrer les inconvénients : Eviter que le malade se livre à des exercices violents, se fatigue et reste trop longtemps debout. Il faut le prémunir contre les excès de tout genre, combattre la constipation, proscrire les bains chauds, lui interdire tout ce qui peut gêner la circulation veineuse, ou amener une congestion des organes génitaux. Ordonner les bains froids, l'hydrothérapie, les grandes ablutions froides.

Trois objections capitales se posent :

1° Si nous admettons, en principe, que tout traitement doit permettre au malade de continuer le métier qu'il exerçait avant son affection, il nous est facile de voir que neuf fois sur dix, le varicocéleux devra changer de profession ;

2° En lui interdisant le coït, c'est presque le vouer au célibat perpétuel, et en général il a de 15 à 30 ans ;

3° Comment obtenir des ouvriers des villes et des campagnes, ces soins constants de propreté et ces habitudes de tempérance ?

Le traitement palliatif n'est donc indiqué que dans les varicocèles bénins, et pour les individus dont la position sociale leur permet de vivre sans se livrer à des exercices violents ou à des travaux pénibles.

En plaçant un anneau au-dessous des testicules, de façon à diminuer la hauteur du scrotum, le professeur Nélaton avait remarqué que les sujets atteints de varicocèle douloureux étaient très soulagés grâce à ce suspensoir d'un genre particulier.

Traitements sangiants

I. RÉSECTION DU SCROTUM. — C'est en s'inspirant de cette observation de Nélaton, et pour arriver au même résultat, que certains chirurgiens tentèrent la résection d'une partie de la peau du scrotum. On pratique cette opération de deux façons :

1° La section est faite verticalement, dans le sens du raphé médian ;

2° La section est faite transversalement ; cette der-

nière manière d'opérer est préconisée par M. le professeur Tillaux.

Mais chaque chirurgien a apporté un manuel opératoire différent :

Lucas-Championnière, faisant relever et maintenir les testicules aux anneaux, incise le scrotum qui se rétracte, puis il étreint toutes les autres tuniques ensemble dans une chaîne de gros catgut, et excise en avant de celle-ci, toute la masse des tissus. Ce procédé ne laisse place à aucun risque d'hémorragie, mais donne l'impression d'une certaine difficulté d'exécution : il comporte deux plans de suture, et la chaîne elle-même est une complication peu négligeable entre des mains moins exercées et moins habiles que celle du chirurgien de Saint-Louis (Bonnet).

Le procédé de Bazy, préconisé par Dieu, et décrit par Bonnet, a pour but de produire une suspension exacte et parfaite, et de donner ainsi un soutien effectif aux testicules.

Pour maintenir les glandes exactement appuyées aux anneaux, il faut donc réséquer toute la peau des bourses, inutile, nuisible même, et empiéter largement sur le périnée, qui est la région de soutien.

Nous ne parlerons pas ici du manuel opératoire, magistralement décrit par Bonnet, mais nous ferons sur l'opération elle-même et ses conséquences, de nombreuses critiques :

1° La condition essentielle de la réussite de l'opération de Bazy, c'est que le scrotum soit réduit à son minimum. Si cette condition est remplie, l'érection est, sinon impossible, tout au moins singulièrement

entravée. Si on laisse suffisamment de substance pour ne pas gêner l'érection, l'application des testicules aux anneaux n'est plus parfaite, et..... l'objection se suffit à elle-même ;

2° Dans une observation du 1^{er} mars 1897, due à l'obligeance de M. le docteur Mareschal, médecin-chef de l'Ecole Polytechnique, sur la cure radicale du varicocèle, par résection du scrotum (procédé de Bazy), nous lisons : « Le malade est couché sur le dos, les cuisses légèrement fléchies et en abduction. Les testicules sont maintenus appliqués contre les anneaux par la main d'un aide. *Disons tout de suite que cette manœuvre, malgré sa simplicité apparente, est assez délicate, en raison de la prolongation de l'effort à faire pour empêcher les deux glandes de fuir sous les doigts, pendant presque toute la durée de l'opération* » ;

3° Le principal danger à éviter, l'écueil de toute opération qui porte sur les bourses, c'est l'hémorragie. Or, dans tout varicocèle, petit ou gros, le scrotum devant être réduit à son minimum, la ligne de section sera très grande (de 15 à 20 centimètres), et pour assurer une hémostase suffisante, on devra donc multiplier les points de suture (30, 40 et quelquefois plus), d'où difficulté dans l'affrontement, et lenteur dans l'opération ;

4° Comme pour les varices des membres inférieurs, on constate très souvent que la dilatation des veines profondes est accompagnée de nombreuses varicosités superficielles scrotales. N'est-ce pas s'exposer au danger des hémorragies consécutives que de sectionner ces varices de la peau, sans autre garantie d'hémos-

tase que les points de suture de la ligne de section ? D'autant plus que la résection du paquet variqueux profond suffit à les faire disparaître, comme la résection de la saphène fait disparaître les varices superficielles des membres inférieurs ;

5° D'autre part, la résection se faisant en deux lambeaux (périnéal et pénien), et successivement, il arrive parfois qu'au point de réunion des deux sutures, les tuniques font hernie ;

6° « Les veines dilatées ont des parois épaisses, irrégulières, souvent incrustées de sels calcaires ; aussi, quand on les coupe en travers, elles restent béantes ». (LAUTOUR).

Cet auteur fait remarquer que les cas de ce genre sont assez fréquents. Eh bien ! nous demandons si le procédé de Bazy sera efficace en cette circonstance ? Nous n'hésitons pas à répondre : Non, car, ainsi que l'indique Bonnet, cette méthode n'agit que par compression du scrotum, et par suspension des testicules. Mais à quoi serviront cette compression et cette suspension sur des vaisseaux à parois calcifiées.

7° Si le chirurgien a en vue la suppression complète et définitive de l'affection, c'est-à-dire la cure radicale du varicocèle, dans la majorité des cas, le but ne sera pas atteint, pour deux raisons qui sont entre elles dans le rapport de cause à effet.

La dilatation variqueuse subsiste toujours, puisque l'opération n'a porté que sur le scrotum. Or, l'opéré, après un temps plus ou moins long, reprendra ses occupations antérieures qui, presque toujours, favorisent la production variqueuse.

L'opération de Bazy a bien supprimé momentanément l'effet (distension des bourses, gêne, douleur, etc.), mais elle a laissé intacte la cause, c'est-à-dire le varicocèle lui-même.

On nous objectera qu'en réduisant la peau des bourses à son minimum, on comprime le varicocèle qui ne pourra plus s'étendre ou augmenter de volume. Cette remarque serait juste si l'on avait affaire à un tissu résistant et inextensible, mais il n'en est pas ainsi, et la grande élasticité de la peau du scrotum permet au varicocèle de continuer son œuvre de distension.

8° Dans l'observation précitée de M. le docteur Mareschal, nous relevons la phrase terminale suivante :

« Le résultat est aussi parfait qu'on peut le désirer. On voit alors le scrotum, très petit, réduit à son minimum, appliquant exactement les testicules contre les anneaux. »

Nous admettons que les choses restent en l'état, que la dilatation soit enrayée, et que par suite le varicocèle ne progresse plus. Au point de vue plastique, on nous accordera bien que le résultat n'est pas merveilleux, et si l'intervention a été nécessitée par l'état hypocondriaque du malade, aura-t-on atteint le but désiré ? Non, car nous ne voyons pas pourquoi un névropathe se contenterait de testicules minuscules plutôt que de bourses énormes.

Mais les choses restent-elles en l'état ? C'est là un point qu'il n'est guère facile d'éclaircir et de prouver. L'opération de résection du scrotum est à peu près exclusivement pratiquée par des chirurgiens militaires, qui ne se préoccupent guère de ses résultats éloignés,

et le voudraient-ils qu'il leur serait bien difficile de le faire ; leur peu de stabilité dans les régiments les empêchant de revoir leurs malades aux périodes de vingt-huit jours.

Nous sommes personnellement porté à croire que ce *scrotum-suspensoir* ne peut pas indéfiniment remplir le rôle que les promoteurs de cette méthode attendent de lui, en songeant à l'extrême dilatabilité du scrotum dans le cas de ces volumineuses hernies qui descendent jusqu'au genou. La facilité avec laquelle se font les réparations après gangrène n'est pas non plus en faveur de la résection scrotale.

9° M. Terrier a combattu à la Société de Chirurgie la résection simple du scrotum. Il est loin de la trouver aussi bénigne que semblent le déclarer ses partisans, et pense au contraire que le pronostic doit être le même pour la résection simple du scrotum et pour celle des veines.

II. PROCÉDÉS MIXTES. — *Résection du scrotum et des veines.* — Nous allons aborder maintenant les procédés qui s'attaquent directement au varicocèle, c'est-à-dire les ligature, incision et excision des paquets variqueux, avec résection du scrotum.

a) *Procédé de Guyon.* — D'abord le professeur Guyon pratiquait la ligature perdue des veines, aidée de la résection d'un lambeau transversal et elliptique du scrotum, à la partie antérieure des bourses, amenant ainsi une cicatrice rétractile, sorte de bride qui fait suspensoir.

D'après Bonnet, ce procédé donne des résultats inconstants, et défend mal contre la récidue. Pour notre part, nous ne comprenons pas bien la nécessité de cette perte de substance, à cause de la grande rétractilité de la peau à ce niveau.

b) *Procédé de Horteloup*. — M. le professeur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, dans une communication à l'Académie de Médecine, en 1885, conseilla un nouveau procédé décrit par deux de ses élèves : Wickham et Crouzat (Thèses de Paris, 1885 et 1889), auxquelles nous renvoyons le lecteur pour la description du manuel opératoire. Disons simplement que ce procédé consiste à sectionner les veines postérieures du cordon, et en même temps qu'elles le scrotum, au moyen d'un clamp spécial, perfectionnement de celui imaginé par Henry en 1871. M. Horteloup prétend opérer tous les cas de varicocèle indistinctement.

Au Congrès français de Chirurgie, en 1887, Le Dentu s'est élevé contre cette généralisation, et avec lui l'immense majorité des chirurgiens. C'est le procédé qui a soulevé le plus d'objections.

« On sectionne, dit Second, la peau et les vaisseaux, sans autre garantie contre l'hémorragie possible que la compression exercée par la suture profonde. En admettant que cette garantie soit positive, elle ne le sera jamais autant qu'une ligature à ciel ouvert; en outre, la détermination et l'isolement des veines que l'on veut exciser, s'effectuant par la palpation, comme dans les procédés anciens, ne saurait avoir la précision

que donne la mise à nu des faisceaux vasculaires par incision préalable du scrotum. Entre des mains inexpérimentées, le clamp pourrait bien donner des résultats autres que ceux obtenus à l'hôpital du Midi par son habile inventeur. »

Lautour, dans sa thèse inaugurale (Bordeaux 1892), dit qu'en dehors de sa complication, le procédé de M. Horteloup a donné lieu, parfois, à des hémorragies toujours fâcheuses.

De plus, et c'est un inconvénient qui n'est pas à dédaigner, particulièrement dans la pratique militaire et la clientèle civile, comme le constatent Bonnet et Carlier, ce procédé nécessite un clamp spécial et une instrumentation trop compliquée. Les branches du clamp ont une longueur déterminée et fixe, et peuvent ne pas s'appliquer à tout scrotum, ne pas saisir assez solidement des bourses petites et peu distendues, comme cela est arrivé pour un des malades de M. Le Dentu.

« Ce qui me fait préférer la résection médiane du scrotum et des veines postérieures, à la ligature des veines antérieures, c'est que pour exécuter ce dernier procédé, il faut mettre les veines à nu, et malgré toutes les précautions antiseptiques les mieux prises, on n'est pas absolument certain d'éviter la suppuration. » Nous pardonnons aisément à M. Horteloup d'avoir écrit ces lignes, puisqu'elles l'ont été en 1885 !

M. Le Dentu dit qu'il est très difficile par ce procédé d'obtenir la réunion immédiate, car les tissus refoulés par les fils profonds, tendent à faire hernie entre les lèvres de l'incision superficielle.

III. LIGATURE ET RÉSECTION DES VEINES. — *Procédés de Nicaise et de Ferron.* — Nous arrivons enfin au procédé de Nicaise, modifié par Ferron, et qui consiste en une double ligature des veines variqueuses, sans résection du scrotum. Le manuel opératoire est décrit par Ferron (*Arch. de Méd. et Pharm. militaires*, 1885, t, VI, p. 147), et par son élève Lautour (Thèse de Bordeaux, 1892). Nicaise incise les veines entre les deux ligatures et isole l'artère spermatique après avoir disséqué les éléments du cordon au milieu des flexuosités veineuses. Ferron, au contraire, n'incise pas les veines, ni ne les résèque, ni ne les excise, il se contente de les vider de leur contenu, mais il lie l'artère spermatique en même temps que les veines.

Avec Nicaise, contre Richelot et Ferron, nous prétendons qu'il faut conserver l'artère spermatique. Il est vrai que sa recherche, dans certains cas, peut présenter certaines difficultés et apporter des lenteurs dans l'opération. D'autre part, Ferron prétend qu'il n'a pas eu d'atrophie consécutive du testicule dans les quatre cas sur cinq où ce vaisseau n'a pas été ménagé ; d'après lui, les artères déférentielle et testiculaire, toujours respectées, seraient suffisantes, grâce à leurs anastomoses entre elles et avec l'artère spermatique, pour assurer la nutrition de l'organe. Cette opinion est discutable dans ses résultats éloignés, si l'on songe que Ferron était médecin militaire et que, par suite, il n'a pu voir ses malades longtemps après l'opération.

Tuffier, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, dans un article paru récemment dans la *Presse Médicale*, dit en

parlant de la cure radicale du varicocèle, par résection des veines : « Cette opération, vraiment enfantine, nécessite une précaution capitale, qui consiste à bien isoler le canal déférent et l'artère spermatique. »

Barwel nous apprend que sur 100 varicocèles, 7 testicules seulement restent sains, et que 93 sont dans un état d'atrophie ou tout au moins de ramollissement plus ou moins avancé. Est-ce bien le moment de priver le testicule de son vaisseau nourricier le plus important ? Ne faut-il pas, au contraire, ménager avec prudence tous les vaisseaux artériels capables de lui fournir les matériaux nécessaires pour reprendre sa consistance ferme et son volume normal ?

En ne liant pas l'artère spermatique, le chirurgien ne met-il pas de son côté toutes les chances de succès et sa responsabilité complètement à couvert ?

Carlier dit qu'on a cité de nombreux cas bien observés d'atrophie testiculaire consécutive à la ligature de l'artère spermatique, dans la cure radicale du varicocèle. La fin tragique du chirurgien Delpech n'est-elle pas due à un accident de ce genre ? Ayant opéré d'un double varicocèle un nommé Demptos, il lia les artères spermatiques et il s'ensuivit une double atrophie testiculaire. Réduit à l'impuissance, Demptos assassina Delpech.

Avoir ultérieurement, au moyen des cordons veineux devenus vides et rétractés, une sorte de ligament suspenseur du testicule, tel est l'avantage recherché par Ferron en ne sectionnant pas le paquet variqueux.

Nous estimons cet avantage de bien peu d'importance, si l'on songe à tous les autres éléments suspen-

seurs du testicule qui restent indemnes. Et nous ne croyons pas qu'il compense la présence constante pendant un an et plus, du nucléus correspondant à la partie des vaisseaux comprise entre les deux ligatures, qui quelquefois est douloureux, et, dans tous les cas, inquiète toujours l'opéré.

Il y a peu de temps encore, on croyait que les avantages attribués à la ligature, consistaient dans la sécurité de la circulation de retour ; mais l'excision ne gêne pas la circulation de retour, parce que les anastomoses reprennent les fonctions des veines excisées.

D'autre part, dans la ligature, la pression de la colonne sanguine augmente et peut produire à la longue l'insuffisance du système valvulaire, et alors tout est à recommencer.

On croyait aussi qu'après la ligature, le caillot allait se former jusqu'à la première collatérale, mais Minkiewicz a démontré par de nombreuses expériences le rétablissement possible de la lumière du vaisseau.

La résection est loin de nous présenter ces désavantages ; si, après avoir ligaturé le plexus dilaté, on l'enlève, la crainte de rétablissement de la lumière des vaisseaux devient chimérique, et si quelques auteurs ont cru à leur régénération, c'est tout simplement qu'ils se sont trompés en prenant une branche collatérale très dilatée pour la veine opérée.

L'extirpation répond encore aux indications fournies par l'anatomie pathologique et la pathogénie ; elle enlève, avec la veine malade, des tumeurs qui agissent par compression et par usure, et qui peuvent devenir une sorte de corps étranger. Elle fait disparaître la

source qui alimentait les capillaires, agents propagateurs de la sclérose et de la périphlébite ; elle enlève les plaques d'endophlébite et force le sang à passer par des collatérales. On fait donc une valvule artificielle, un barrage, et par suite, on diminue la pression sanguine dans le plexus variqueux. (MIKOFF.)

CHAPITRE III

INDICATIONS

En 1877, M. le professeur Tillaux, dans son *Traité d'anatomie topographique*, p. 922, dit : « Doit-on opérer le varicocèle ? On a beaucoup discuté cette question : l'opération a ses partisans et ses détracteurs. C'est que, en effet, l'on peut répondre par oui et par non. Les symptômes auxquels donne lieu le varicocèle sont loin d'être en rapport avec son volume. Un varicocèle énorme peut n'occasionner qu'une simple gêne, qui disparaît même avec un suspensoir. D'autres fois, même sous un petit volume, il provoque des douleurs, des tiraillements dans les lombes, gêne la marche et le travail ; en un mot, on doit diviser le varicocèle en douloureux et non douloureux. On est autorisé à opérer le premier, il ne faut jamais toucher au second, car, bien que le plus souvent bénigne, l'opération du varicocèle peut entraîner la mort. »

Ce jugement peut être juste en ce qui concerne la douleur, mais n'a plus sa raison d'être en ce qui concerne les craintes de mort, grâce aux progrès de la chirurgie antiseptique.

Gosselin, Curling, S. Duplay, Nélaton ne sont pas partisans de la cure radicale, mais que nous importe

leur opinion, puisque leur crainte était la septicémie, et que de nos jours ce danger de l'intervention n'existe plus.

Lorsqu'il y a des complications inflammatoires, des phlébites, l'opération ne se discute pas, elle est de toute nécessité. On peut discuter pour opérer ou non certains varicocèles non enflammés ; on ne doit jamais discuter pour un varicocèle enflammé. Ici, la phlébite commande l'intervention et l'intervention immédiate. C'est à titre de simple curiosité que nous rapprochons maintenant en face de la formule catégorique que nous venons d'énoncer, l'opinion des devanciers de nos maîtres : « Nous attachons, dit Gustave Monod, une médiocre importance au traitement, parce que nous avons la triste conviction de l'impuissance de l'art en présence d'une affection aussi compliquée et si rapidement mortelle. » Et Escallier lui-même n'était pas plus rassurant : « Malheur à celui dont la maladie serait méconnue et sur lequel une main trop légère ou ignorante porterait un bistouri : une mort rapide, inévitable, serait la conséquence d'une pareille erreur. » C'est tout l'inverse qu'il faut dire. L'indication de prendre le bistouri est formelle, nette et précise, il faut agir aussitôt que possible ; c'est le seul moyen de prévenir les complications graves et mortelles qui sont la conséquence de l'abstention. Trois malades d'Escallier et de Vallin furent traités par l'abstention ; tous les trois succombèrent. Un quatrième, celui de Miflet, fut incisé ; il guérit.

La phlébite du cordon ne fut, hélas ! que peu connue des chirurgiens qui pratiquèrent septiquement la cure

sanglante du varicocèle et des hernies ; ils perdirent nombre de leurs malades de septicémie ou de pyohémie, après avoir procédé à l'inoculation des veines spermatiques.

Toutes les observations connues de phlébite du cordon consistent un varicocèle datant déjà de longtemps. Serait-ce là le double effet d'une seule et même cause ? On pourrait en effet admettre que c'est l'infection qui tout d'abord a engendré les varices, et que plus tard, se réveillant sous une forme bruyante, cette même infection s'est traduite par la phlébite. Varicocèle et phlébite ne seraient alors que deux manières d'être de la même maladie ; l'une aiguë et dramatique, l'autre classique ou silencieuse. Sur 6 cas de phlébite du cordon, 4 fois la lésion fut observée à gauche, 1 fois à droite et 1 fois bilatérale. Ces faits établissent péremptoirement quelle étroite parenté solidarise la phlébite et le varicocèle, puisque ce dernier s'observe, lui aussi, avec une prédominance non moins marquée du côté gauche.

La cause vraie ou déterminante de la phlébite du cordon est une inoculation microbienne des veines spermatiques : l'infection peut provenir d'une inoculation de voisinage (interventions chirurgicales, blennorrhagie, orchite, etc.). Le Double considérait autrefois le varicocèle comme une cause d'appel de la phlébite s'il y a chaudepisse concomittante. Un fait de Quénu appuie cette manière de voir : la blennorrhagie fut la cause de la phlébite. Enfin, l'infection première a lieu à lointaine distance et se transmet par voie sanguine (infection amygdalienne, fièvre typhoïde, angine, etc.).

Si nous nous sommes étendu sur les considérations qui précèdent, et que nous avons empruntées à un article de M. Longuet, c'est pour montrer combien les varicocéleux sont exposés à la phlébite et ses terribles conséquences, s'ils sont atteints d'une maladie inflammatoire intercurrente. Le chirurgien ne devra donc jamais refuser d'opérer un varicocèle, car, aussi robuste soit le porteur de cette affection, il n'est jamais à l'abri d'une chaudepisse, d'une angine, d'une fièvre typhoïde, etc., et par-là même jamais à l'abri de la phlébite.

Ogilvie Weil conseille d'intervenir lorsque :

- 1° Le varicocèle est volumineux et s'accroît rapidement ;
- 2° Le malade n'est plus apte à remplir un service public et doit renoncer à sa carrière ;
- 3° Les douleurs sont intenses ;
- 4° Le testicule est atrophié ;
- 5° Les facultés mentales sont troublées, le malade est devenu hypocondriaque.

De nos jours, pour tous les chirurgiens, même les moins hardis, l'intervention s'impose lorsque le varicocèle présente l'un des caractères précédents.

Mais on nous permettra bien d'en ajouter quelques autres ; chez certains malades, surtout chez les jeunes sujets, il n'est pas très rare de voir le varicocèle occasionner de la dyspepsie, de la spermatorrhée, et même des tendances au suicide. Vidal de Cassis en cite plusieurs exemples.

Chez d'autres individus, porteurs de varicocèle, on observe parfois la voix de castrat. L'expérience a

démontré qu'après l'opération, la voix reprend son caractère mâle. (VIDAL DE CASSIS.)

Très souvent aussi on a noté un affaiblissement génital allant jusqu'à l'impuissance. Gosselin cite un malade porteur d'un varicocèle gauche avec testicule atrophié ; une épididymite survint à droite, et l'examen du sperme ne révéla plus la présence d'aucun spermatozoïde.

L'atrophie du canal déférent peut, en diminuant le calibre de ce conduit, l'oblitérer et annuler ainsi les fonctions du testicule. On a prétendu et prouvé, par de nombreuses observations, que l'opération enrayait l'atrophie progressive du testicule, et qu'au bout d'un certain temps, celui-ci avait repris sa consistance ferme et son volume normal. Encore faut-il, pour obtenir un semblable résultat, que le travail de sclérose ne soit pas trop avancé, sans cela la glande court le risque de perdre à tout jamais sa puissance génésique. Et puisque nous savons que, d'après les statistiques très exactes de Barwell, il n'existe que 7 testicules complètement sains sur 100 varicocèles, ne sera-t-on pas autorisé à penser et à dire que tout varicocèle doit être opéré, lorsque le malade le demande.

Nous savons que suivant les régions, la moyenne des hommes réformés aux conseils de révision est, pour 1,000, de 1,6 — 3 — 5,69 — 8. D'après Gaujot, ces chiffres ne représentent qu'une infime partie des varicocèles, car en effet il faut être absolument impotent, au moment du conseil de révision, pour être réformé pour cause de varicocèle. Mais ces chiffres ne tardent pas à augmenter dans d'effrayantes propor-

tions peu de temps après l'incorporation. Le varicocèle prend la *forme aiguë de Curling*, grâce au surmenage physique auquel sont soumises les recrues. L'atrophie du testicule peut, dans certains cas, se produire avec une grande rapidité, et en quelques mois devenir complète. Le plus souvent la marche est lente, et le processus morbide dure une année. Elle se produit quelquefois sans aucun désordre apparent ; le testicule devient mou, diminue de volume et s'atrophie lentement ; les efforts physiques l'accélèrent. En raison des efforts physiques considérables et longtemps soutenus qu'exige, pour le soldat, le métier militaire, nous considérons que tout porteur de varicocèle doit être ou réformé ou opéré.

On a noté que 25 0/0 des varicocéleux étaient porteurs de varices des membres inférieurs ; ce sont chez ceux-là que les antécédents héréditaires sont les plus fréquents. Il y a donc une espèce d'envahissement de l'organisme par ce qu'on pourrait appeler la diathèse variqueuse. Chez ces sujets l'intervention hâtive s'impose. On devra intervenir hâtivement aussi lorsqu'il se développe un varicocèle du côté opposé ou un œdème du scrotum.

Mais de toutes les indications, la plus importante est la douleur, qui fait éprouver aux malades de cruelles souffrances, ne leur permettant de supporter ni le frottement du pantalon, ni le port du suspensoir. Ce sont non seulement de la gêne et de la pesanteur dans les bourses, mais de véritables accès de névralgie avec irradiation le long du cordon, tiraillements, coliques violentes, douleurs à la région lombaire, au rectum,

démangeaisons insurmontables. Avec un semblable cortège, comment s'étonner des idées de suicide qui hantent l'esprit de certains malades. Un médecin en chef de l'hôpital d'une ville importante de France s'était rendu à Paris pour consulter sur un varicocèle, bien décidé, disait-il, à se brûler la cervelle si on ne lui promettait pas une guérison. (Vidal de Cassis.)

Avant de terminer cet exposé des indications, il faut que nous envisagions les conditions sociales qui doivent jouer un grand rôle dans le traitement du varicocèle.

Si nous avons à traiter un malade de la classe riche, et qu'il n'y ait pas péril en la demeure, nous nous contenterons de conseiller le repos pendant la journée sur une chaise longue, les ablutions froides, des soins de propreté minutieux, le port d'un suspensoir, pas d'excès d'aucune sorte, etc. En un mot nous instituerons le traitement palliatif. L'indication principale se réduit donc dans ce cas à favoriser le cours du sang veineux, soit en écartant les obstacles mécaniques (ceintures, attitudes vicieuses avec contraction des muscles de l'abdomen, etc.), soit en suppléant à l'insuffisance du tonus veineux par l'application d'un soutien extérieur appliqué à la surface des bourses.

Mais les conditions ne seront plus les mêmes, si nous avons affaire à un malade appartenant à la classe des travailleurs. Chez ceux-ci, la fatigue, l'obligation de rester longtemps debout, de se livrer à des travaux pénibles, le manque de soins de propreté, les habitudes d'intempérance, l'usure rapide des suspensoirs non remplacés, auront pour résultat l'extension du mal,

la production de phlébites, qui peuvent céder au repos, mais récidivent dès la reprise du travail.

Si on ne les opère pas, ils sont obligés d'abandonner leur profession, et sera-ce pour eux chose facile que de se procurer un nouveau gagne-pain exigeant peu ou pas d'efforts physiques ? Chez ces malheureux donc, un traitement énergique s'impose : l'opération sanglante, surtout lorsque la douleur tourmente beaucoup les malades.

Contre-indications

Elles sont d'ordre physiologique et pathologique.

On devra, ainsi que nous l'avons dit plus haut, se soucier de l'état social du sujet.

On aura rarement à tenir compte de son âge, puisque nous savons que le varicocèle est une maladie de l'adolescence et de l'âge adulte.

Les lésions cardiaques avancées, la tuberculose pulmonaire sont exclusives ; l'emphysème, l'asthme sont défavorables pour l'intervention.

La présence de l'albumine ou du sucre dans l'urine, même sans cachexie, sont des contre-indications, tout au moins momentanées.

De même les foyers chroniques de suppuration, lorsqu'ils siègent dans une région éloignée. Comme nous l'avons fait remarquer pour la phlébite du cordon, on doit craindre l'infection à distance, soit par voie sanguine, soit par contagement médiat. D'autre part, les

reins, le foie, la rate sont, dans ce cas, fréquemment le siège de lésions amyloïdes.

Il ne faut pas beaucoup se préoccuper des diathèses, à condition toutefois qu'elles ne risquent pas d'infecter la plaie opératoire, et ne retardent pas la cicatrisation.

Chez les prostatiques et les calculeux, l'opération peut provoquer la rétention d'urine, qui serait alors attribuée à ce que les varices du col de la vessie s'exagèrent par la suppression des varices du cordon.

Enfin, il ne faut pas opérer ceux dont les souffrances sont suffisamment atténuées par le port d'un appareil prothétique, ceux qui sont atteints d'un varicocèle symptomatique d'un néoplasme du rein, certains neurasténiques. « Vous en verrez qui sont des névropathes endurcis, pessimistes et dangereux. Vous serez conviés à une opération qu'ils regardent comme nécessaire, et vous serez d'autant plus portés à vous laisser convaincre que toute thérapeutique palliative aura échoué. Méfiez-vous de ces hystériques ; ils souffrent de leur varicocèle parce qu'ils sont névropathes. J'ai, parmi mes observations personnelles, un cas de varicocèle chez un malade qui fut pris d'une attaque d'épilepsie quelques jours avant la date de son opération et que je refusai d'opérer, parce que, si les opérations chez les épileptiques ne sont pas plus dangereuses pour eux, elles peuvent devenir extrêmement dangereuses pour le chirurgien. Rappelez-vous surtout ceci : si l'on a signalé quelques cas où les fonctions génitales perdues reprirent leur activité après une opération de

varicocèle, l'effet inverse peut se produire ; que lorsqu'il se produit, c'est chez les nerveux dont nous nous occupons, et que ceux-ci sont gens à mettre sur le compte du chirurgien, ce qui n'est imputable qu'à leur maladie. » (TUFFIER.)

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE

Avant de décrire le manuel opératoire, nous croyons qu'il est bon de donner quelques explications sur le principe même de l'opération. Dans le chapitre consacré à l'historique, nous avons insisté surtout, et avec intention, sur les inconvénients et les difficultés des autres procédés. Inutile de dire que notre procédé sera à l'abri de ces reproches.

Nous avons dit pourquoi nous rejetons totalement le scrotum-suspensoir des chirurgiens militaires. Quant au procédé mixte de M. le professeur Horteloup, nous avons suffisamment démontré les inconvénients de cette méthode aveugle qui consiste à prendre en masse la peau et les veines. Nous sommes en complet désaccord avec l'habile chirurgien de l'hôpital du Midi, quand il prétend opérer et guérir tous les varicocèles par résection du plexus veineux postérieur seul. « D'après ce que j'ai vu, dit M. Horteloup, je crois que la dilatation variqueuse des veines antérieures du cordon, n'est pas une contre-indication à mon procédé, à la condition toutefois de réséquer les veines postérieures malades ou saines. C'est par la résection de ces veines postérieures qui jouent un rôle énorme dans

la circulation de l'appareil testiculaire, que l'on peut obtenir une guérison du varicocèle, même antérieur, et j'en ai eu un exemple frappant chez l'un de mes premiers malades, porteur d'un varicocèle du plexus antérieur descendant de 29 centimètres et chez lequel j'ai réséqué 3 centimètres environ des veines postérieures ».

Cette opinion serait-elle vraie, et rien ne nous le prouve, si ce n'est l'affirmation de M. Horteloup seul, que toutes les objections que nous avons faites n'en subsisteraient pas moins. Ne serait-il pas plus rapide, plus facile, beaucoup plus prudent, après résection des parois scrotales, à ciel ouvert, d'aller prendre et d'exciser séparément les faisceaux veineux dilatés et de suturer ensuite les parois. A cela M. Horteloup nous pose une objection (il est vrai qu'elle date de 15 ans), dont nous avons fait justice ; il prétend que malgré les précautions les mieux prises, on n'est pas certain d'éviter la suppuration. Notre opinion est celle que M. Tuffier exprime dans les lignes suivantes :

« L'opération logique consiste à réséquer, soit le faisceau antérieur, soit le faisceau postérieur, suivant le siège maximum de la lésion. Souvent même il est nécessaire de réséquer les deux faisceaux. »

Nous avons dit pourquoi nous conservions l'artère spermatique. Nous pratiquons l'excision des veines sans nous contenter de la ligature, car, dans ce dernier cas, ainsi que l'a montré Minkiewicz, la lumière du vaisseau peu se reformer, ce qui est impossible après l'excision. Notre but est donc de supprimer la circulation libre entre l'abdomen et les bourses, et de

donner à la colonne sanguine un point d'appui, en un mot, de former de toute pièce une valvule artificielle.

Ce traitement du varicocèle est identiquement le même que celui préconisé par notre ami, le docteur Mikoff, dans sa thèse inaugurale sur le traitement des varices du membre inférieur, par résection de la saphène.

Après s'être assuré que le sujet n'est pas en imminence morbide, on lui fait prendre, la veille de l'opération, un grand bain savonneux et une légère purgation.

Le jour de l'opération, on rase la région, et on la lave à l'éther. On recouvre toutes les parties voisines avec des compresses stérilisées. Le malade est endormi à l'éther. On pratique alors sur le trajet du cordon, et en commençant à un travers de doigt au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal, une incision de 5 ou 6 centimètres.

On divise successivement les enveloppes jusqu'à la mise à nu du cordon. On assure l'hémostase, s'il y a lieu. Le point important de l'opération est alors de bien isoler le canal déférent et l'artère spermatique, sur une longueur de 3 centimètres environ. On dissèque ensuite les vaisseaux variqueux sur lesquels on place deux fils de catgut à 2 centimètres environ l'un de l'autre, et on résèque la partie intermédiaire.

L'excision peut porter sur le plexus antérieur, sur le plexus postérieur ou sur les deux à la fois, suivant que l'un ou l'autre ou les deux sont variqueux.

On réunit la plaie par première intention ; pansement de Lister. On relève les bourses et on les immo-

bilise à l'aide d'une épaisse couche d'ouate fixée au bassin par un grand suspensoir fait *ad hoc*.

On enlève les fils au bout de quelques jours. La réunion est complète et le port d'un suspensoir est rarement nécessaire.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Toutes les observations que nous publions ont été prises dans les hôpitaux de Lyon ; nous aurions pu en ajouter un grand nombre d'autres, déjà publiées à l'étranger, notamment en Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis, mais ce n'eût été que répéter le mode opératoire de nos maîtres lyonnais. Partout, d'ailleurs, la constatation est la même : les résultats tant immédiats qu'éloignés sont favorables à la résection veineuse, sans résection scrotale.

OBSERVATION I

Hôpital de l'Antiquaille. — Service de M. le professeur AUGAGNEUR.

M... Marius, 23 ans, garçon boulanger, né à Virieu-le-Grand (Ain), entre le 4 septembre 1894 pour un varicocèle gauche, très volumineux, qui provoque depuis quelque temps d'assez vives douleurs et gêne le travail. Pas d'hémorroïdes ni de varices. Le malade est aussi atteint de blennorrhagie. Après guérison de celle-ci, le malade est opéré le 29 octobre. Après avoir rasé, savonné et lavé à l'éther, le malade est endormi, et on pratique sur le trajet du cordon, une incision de 6 centimètres environ. On excise entre deux ligatures le plexus veineux antérieur. Suture, pansement.

Le malade sort guéri le 15 novembre 1894.

Nota. — Nous avons vu ce malade, qui habite actuellement Lyon, 51, rue du Bon-Pasteur. La cicatrice est imperceptible à l'œil ; les deux testicules sont à la même hauteur, alors qu'avant l'opération, le testicule gauche descendait à plusieurs centimètres au-dessous du droit. Consistance et volume normaux. Ni gêne ni douleur. En un mot, guérison radicale, bien que le malade ait conservé sa profession.

OBSERVATION II

Hôpital de l'Antiquaille. — Service de M. le professeur AUGAGNEUR.

F... Henri-Louis, 24 ans, peintre sur verre, né à Aiguilhe (Haute-Loire), entre le 26 novembre 1895 pour un varicocèle gauche assez volumineux, avec pointe de hernie du même côté. Orchite gauche, il y a un an et demi, consécutive à une blennorrhagie.

Pas d'antécédents héréditaires ;

Pas d'hémorroïdes ni de varices ;

Rien à droite.

Le 28 novembre 1895, le malade est endormi à l'éther. Après avoir rasé et lavé la région à l'éther, on pratique une incision de 5 centimètres environ sur le trajet du cordon ; on isole le canal déférent et l'artère spermatique, et on résèque les veines antérieures et une grosse veine postérieure.

Du 28 novembre au 7 décembre, la température oscille de 37°2 à 37,8.

Le 14 décembre, séance d'électrolyse.

Le surlendemain, le malade sort guéri.

Il habite actuellement Lyon, 64, rue de Vauban et exerce toujours la même profession. Le testicule gauche est normal ; ni gêne ni douleur depuis l'opération.

OBSERVATION III

Hôpital de l'Antiquaille. — Service de M. le professeur AUGAGNEUR.

M... Philippe, 31 ans, ouvrier en soie, né à Virieu-le-Grand (Ain), entre le 2 mai 1897 pour un varicocèle gauche dont il souffre depuis douze ans environ. Le testicule est pendant et on a nettement la sensation de vers enroulés. La douleur augmente pendant la marche et les efforts, mais surtout après le coït.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de varices. Rien à droite. Le même jour, ablation du plexus veineux antérieur. Le malade sort guéri le 20 mai.

Il habite actuellement Saint-Rambert-en-Bugey (Ain) et nous a écrit que ses deux testicules étaient égaux et que depuis l'opération il n'avait ressenti aucune douleur. A sa sortie de l'hôpital, il a porté un suspensoir pendant trois mois.

OBSERVATION IV

Hôpital de l'Antiquaille. — Service de M. le professeur AUGAGNEUR.

G... Georges, 48 ans, peintre, né à Bourges (Cher), entre le 10 juillet 1897 pour un varicocèle gauche dont le début remonterait à un mois et demi, à la suite d'un effort assez considérable ; il n'a jamais eu de blennorrhagie.

Actuellement, on trouve que le scrotum est flasque, ridé ; le testicule gauche descend bien plus bas que le droit ; il est diminué de volume et indolore. On sent nettement sur le cordon des veines grosses et tortueuses.

Rien à noter dans le testicule droit. Le malade ne souffre ni dans les reins ni dans le ventre, mais il éprouve une légère douleur dans le testicule gauche, quand il a travaillé ou fait des efforts.

Opération faite le 20 juillet. Ablation sous anesthésie, après

double ligature, du paquet veineux antérieur du cordon spermatique.

Il sort guéri le 2 août.

Il habite actuellement Lyon, 35, rue Clos-Simphon et a pu continuer son métier sans inconvénient. A la palpation le testicule gauche est ferme et ne paraît pas sensiblement plus petit que celui de droite. Les douleurs ont disparu depuis l'opération.

OBSERVATION V

Hôpital de l'Antiquaille. — Service de M. le professeur AUGAGNEUR.

R... Antoine, 15 ans, employé, né à Lyon, entre le 19 juillet 1899 pour un varicocèle gauche.

Le début de l'affection ne peut être précisé par le malade : il ne s'en est jamais aperçu. Aucune douleur, aucune gêne, ni pendant la marche, ni pendant les mouvements violents. La tumeur variqueuse siégeant à gauche, d'ailleurs assez peu volumineuse, est constituée par une masse molle, donnant à la palpation la sensation classique de paquets de ficelle ou de vers de terre, de la grosseur d'un petit œuf environ. Elle se continue au niveau du cordon, jusqu'au canal inguinal. Légère expansion pendant la toux et les efforts. Aucun trouble fonctionnel.

La tumeur ne gênait aucunement le malade ; mais, s'étant présenté comme candidat à l'Ecole des mécaniciens de la flotte, il fut refusé pour son varicocèle dont il ignorait l'existence. Sont père, garde municipal, et lui réclament avec insistance une intervention qui a lieu le 20 juillet. Procédé opératoire habituel ; on résèque le groupe veineux antérieur et une grosse veine postérieure.

Le jeune homme sort guéri le 31 juillet. Nous l'avons revu il y a quelques jours : la cicatrice est à peine visible, parce que nous sommes prévenu ; le testicule gauche est légèrement plus élevé que le droit : consistance ferme, volume normal. A

la palpation, on ne sent pas la plus petite varicosité. Comme avant l'opération ni gêne, ni douleur.

OBSERVATION VI

Salle Saint-Pothin, n° 31. — Service de M. VALLAS.

C... Marius, 19 ans 1/2, menuisier à Lyon, rue d'Ivry, 40, à La Croix-Rousse, entre le 30 août 1895 pour un varicocèle gauche. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Il y a longtemps que le malade s'est aperçu d'avoir un peu de varicocèle à gauche; il n'a pas remarqué que sa tumeur ait augmenté depuis quelque temps; elle grossissait après une marche, une fatigue, puis diminuait par le repos. Actuellement, le malade porte un varicocèle peu volumineux du côté gauche. Pas de douleur.

Rien à droite. Pas de varices ni d'hémorroïdes. Un peu de gêne seulement dans les efforts et après une marche.

Le 4 septembre, excision sur une longueur de un centimètre et demi environ de deux ou trois petites veines dilatées variqueuses du groupe antérieur et ligature d'une veine postérieure. Suture en un seul plan. Pansement.

Le 25 septembre, le malade sort guéri. La plaie opératoire est cicatrisée depuis plusieurs jours. Le gonflement dû à la thrombose des veines ligaturées a bien diminué et a presque complètement disparu.

Nous n'avons pu revoir ce jeune homme qui, actuellement, fait son service militaire; mais ses parents nous ont assuré que depuis l'opération il n'avait ressenti aucune gêne ni douleur et que l'affection avait complètement disparu.

OBSERVATION VII

Salle Saint-Pothin, n° 22. — Service de M. VALLAS.

C... Claudius, 21 ans, liseur de dessin, entre à l'hôpital le 23 décembre 1895, pour un varicocèle gauche.

Peu d'antécédents, si ce n'est une pleurésie gauche à l'âge de 9 ans.

Jamais d'orchite, ni de traumatismes sur les bourses ; jamais d'excès de coït.

Il y a trois ans environ, le malade a constaté que le scrotum avait augmenté de volume du côté gauche, sans cause préalable. En même temps apparaissait une sensation de pesanteur dans les bourses, surtout quand le malade faisait un effort. Pendant un an et demi, l'affection a suivi une marche progressive. Depuis un an, état stationnaire.

A son entrée à l'hôpital, le malade se plaint d'une sensation générale de pesanteur au niveau du testicule gauche ; cette sensation devient plus intense sous l'effort ou pendant les chaleurs et diminue sous l'influence du froid. Dans le coït, cette sensation ne se modifie qu'un quart d'heure après.

Le malade présente un paquet variqueux volumineux au niveau du cordon gauche, paquet variqueux qui diminue de volume dans la position couchée ou sous l'influence du froid, quand le malade se déshabille. Il augmente pendant les chaleurs, les efforts ou un quart d'heure après le coït. Il devient, dans certains cas, plus gros qu'un poing d'adulte.

Le testicule gauche est plus petit et plus mou que le droit.

Rien du côté des reins.

Pas de phénomènes intellectuels et génitaux. Pas de température.

Le 26 décembre, résection du paquet variqueux antérieur entre deux ligatures. Suture. Pansement.

Le soir, température normale. Sort guéri huit jours après.

Malgré nos recherches, nous n'avons pu voir ce malade qui mène une existence nomade. Nous avons su cependant qu'il avait fait trois ans de service militaire, sans jamais avoir été malade.

OBSERVATION VIII

Hôtel-Dieu. — Service de M. VALLAS.

D... Jean, garçon boulanger, 18 ans, entre salle Saint-Louis, n° 12, pour un varicocèle gauche, le 8 avril 1896. Il est opéré le même jour. Double ligature du groupe veineux antérieur et excision.

Il sort guéri le 29 avril.

Nous n'avons pu voir ce jeune homme qui fait actuellement son service dans les chasseurs alpins. Le fait seul de sa présence dans un corps où les fatigues sont excessives, implique une guérison radicale.

OBSERVATION IX

Hôtel-Dieu. — Service de M. VALLAS.

C... Cyprien, 26 ans, comptable à Voiron, entre salle Saint-Louis, n° 50, le 9 février 1897, pour un varicocèle gauche, et est opéré le même jour.

Double ligature et excision des paquets variqueux des groupes antérieur et postérieur.

Sort guéri le 26 février.

L'opéré nous a écrit que depuis l'opération ses idées noires avaient disparu, ainsi que les douleurs violentes qu'il ressentait à la moindre fatigue. Le testicule gauche est un peu plus élevé que celui de droite.

OBSERVATION X

Hôtel-Dieu. — Service de M. VALLAS.

C... Louis, 20 ans, domestique à Passenans (Jura), entre salle Saint-Louis, n° 56, le 14 décembre 1898, pour un varicocèle gauche.

Le malade, un névropathe, fait un métier assez pénible. Son varicocèle date de deux ans ; il est pour lui la cause de souffrances morales plutôt que de vraies douleurs.

Le 17 décembre, ablation entre deux ligatures du groupe des veines antérieures. Excision d'une grosse veine du groupe postérieur.

Le 30 décembre, le paquet variqueux a beaucoup diminué ; la station debout ne fait pas descendre le testicule.

Le même jour le malade est envoyé en médecine pour son cœur, mais ne souffre plus de son varicocèle.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu retrouver ce malade intéressant. Tout ce que nous savons de lui, c'est qu'il a été réformé au Conseil de révision, mais tout porte à croire que c'est pour une maladie de cœur, car au moment de son passage en médecine, il était atteint de graves lésions valvulaires.

OBSERVATION XI

Hôtel-Dieu. — Service de M. VALLAS.

C... Frédéric, journalier, domicilié à Briennon (Loire), entre salle Saint-Louis, n° 45, le 16 mars 1899, pour un varicocèle gauche très douloureux, datant de quatre ans.

Le 21 mars, résection entre deux ligatures de deux grosses veines du paquet antérieur et d'une veine postérieure.

Il part guéri le 2 avril.

Ce travailleur nous a écrit que depuis sa sortie de l'hôpital il n'avait ressenti aucune gêne ni douleur et n'avait jamais interrompu son travail.

OBSERVATION XII

Hôtel-Dieu. — Service de M. JABOULAY.

B... Rémy, 32 ans, tanneur, domicilié à Pierre-Bénite, entre le 11 juillet 1898 dans la salle Saint-Louis, n° 9.

Père et mère bien portants.

Frères et sœurs en bonne santé.

Excellente santé antérieure. Au régiment, pendant cinq ans, longues marches, exercices pénibles. Varices.

Actuellement, le malade est porteur d'un varicocèle typique du côté gauche, avec tous les signes classiques de cette affection : tumeur en boyaux de poulet réductible dans la position couchée, peu douloureuse à la pression, avec quelques phénomènes d'irradiation dans les cuisses et dans les lombes. La taille du varicocèle est du reste moyenne ; le testicule gauche descend de trois centimètres à peine au-dessous du droit. Pas de phénomènes généraux.

Le 13 juillet, résection des plexus veineux variqueux entre deux ligatures, après incision scrotale.

Bonnes suites opératoires. Le malade sort guéri peu de jours après.

Nous sommes allés à Pierre-Bénite voir cet opéré et l'avons trouvé continuant son dur métier de tanneur. Il nous a assuré n'avoir ressenti aucune douleur depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu. Le testicule gauche est normal et au même niveau que le droit.

OBSERVATION XIII

Hôtel-Dieu. — Service de M. JABOULAY.

F... Prosper, 50 ans, facteur, domicilié à Lyon, entre le 7 septembre 1898, dans la salle Saint-Louis, n° 26, pour un varicocèle gauche. Le malade porte ce varicocèle depuis l'âge de 20 ans et n'a pris un suspensor qu'à 30 ans. Le varicocèle a grossi très lentement, malgré les exigences et les fatigues du métier de facteur. Depuis quelques années seulement, le malade se plaint de douleurs irradiées dans les lombes. Constipation habituelle.

Le varicocèle n'est pas très volumineux ; quelques veines seulement sont dilatées et flexueuses. Légères varices à la jambe droite.

Le jour même de son entrée, résection des veines variqueuses

à ciel ouvert. Suites opératoires excellentes. Le malade sort guéri le 20 septembre.

Il nous a été facile de rencontrer cet opéré qui est enchanté de son opération. Plus de suspensoir et surtout plus de douleurs. Le testicule gauche est au niveau du droit, mais un peu plus petit que lui. Consistance et volume normaux.

Des observations qui précèdent, surtout si nous les comparons aux observations de résection scrotale, il résulte nettement des considérations d'une haute importance. Sur notre demande, M. le docteur Fontan, médecin en chef de l'hôpital de la Marine, à Toulon, a bien voulu nous communiquer un tableau synoptique présentant le résumé de 17 observations d'opérations du varicocèle pendant ces trois dernières années. Ces cas peuvent être rangés sous trois catégories :

- 1° Résection veineuse (3 cas) ;
- 2° Résection veineuse et scrotale (6 cas) ;
- 3° Résection scrotale (8 cas).

Eh bien ! alors que nos 13 malades ont fait un séjour hospitalier total de 186 jours, donnant une moyenne de 14 jours, les 17 malades de M. Fontan ont un séjour total de 530 jours et une moyenne de 31 jours.

Les faits parlent donc d'eux-mêmes en faveur de la résection veineuse. Mais il y a plus :

La résection veineuse dure quelques minutes ; la résection scrotale dure longtemps.

Cette dernière exige une instrumentation spéciale et

une assez grande habileté ; la résection veineuse peut se faire avec un bistouri et une aiguille à suture, et est d'une simplicité remarquable.

Incision de 5 ou 6 centimètres dans la résection veineuse ; incision de 15, 20 centimètres dans la résection scrotale. .

Pas de perte de sang dans la première ; quelquefois abondante hémorragie, surtout secondaire, dans la deuxième, etc., etc.

CONCLUSIONS

1° La résection des veines du cordon est le traitement de choix du varicocèle.

2° Les résultats définitifs, ou tout au moins éloignés, sont favorables à la résection.

3° La résection du scrotum comme complément de la résection des veines est absolument inutile.

4° La résection du scrotum sans résection des veines n'est qu'un palliatif, peu supérieur au port du suspensoir.

Le Président de la Thèse,

VICTOR AUGAGNEUR.

Vu : *Le Doyen,*
LORTET.

Permis d'imprimer :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, t. III, VI, VII.
ANNANDALE, Brit. med. Journal, 1879.
BLANDIN, Art. Varicocèle du Dict. en 15 volumes, 1833.
BOËNNING, Med. Times, 1882, t. XIII, p. 720.
BONNET, Arch. de Méd. et de Pharm. milit., t. XXI, p. 379.
CARLNEBLER, Breslau, 1880.
CARLIER, Arch. de Méd. et de Pharm. milit., 1887, t. IX, p. 327.
CROUZAT, Thèse de Paris, 1889.
CURLING, Traité pratique des mal. du testicule, du cordon sperm. et du scrotum, traduit par GOSSELIN, 1857.
CLARK, New-York Medical, XXIX, p. 631.
DOUMENGE, Thèse de Paris, 1875.
DUMA, Traitement du Varicocèle par la résection du scrotum. Paris, 1891.
CARLNEBLER, Du Varicocèle et de son traitement chirurgical. Breslau, 1880.
FERRON, Arch. de Méd. et de Pharm. milit., t. VI, p. 147.
FISCHER, Schmidt's Jahrbücher, 1881.
FISTIÉ, Thèse de Nancy, 1888.
Gazette hebdomadaire, 1878 (GAUJOT, De l'étiologie du Varicocèle, t. XIV, p. 458).
Gazette médicale de Paris, 1863.
GOELET, North Carolina med. Journ., 1883, t. XII, p. 185.
GOULD, LANCET, 1880, p. 83.
GOURMAND, Thèse de Paris, 1889-90.
GUYON, Annales des malad. des org. gén.-urinaires, t. II, p. 208, 1884.
HÉLOT, Arch. gén. de Méd., t. VI et VIII, 1844.
HENRY, New-York Medical Record, XXII, p. 589.
— J., Ann. M. Ass. Chicago, 1888.
HORTELOUP, Communication à l'Académie de Médecine. Mars 1885.
HOWE, Varic. Eccl. Méd. Jour. Cincinnati, 1879, p. 544.
JALLAND, Revue de Chirurgie, 1884, t. IV, p. 370.

- Journal méd. et chir., t. LII, p. 317. Paris, 1881.
JENCKES, Cure radicale du Varicocèle.
LANCET, 1882, t. II, p. 521.
LANDOUZY, Du Varicocèle et de la cure radicale de cette affection.
Paris, 1838.
LAUTOUR, Thèse de Bordeaux, 1892.
LE DENTU, Examen des procédés d'opération du Varicocèle. Congrès
français de Chirurgie, 1887, p. 400-411.
LEE, Cure radicale du Varicocèle, LANCET, 1884, t. I, p. 403.
LONGUET, Presse Médicale, 20 septembre 1899.
MARTIN, The treatment of varicocele by excision of the dilated veins.
— Univ. M. Mag. Phila. 1890-91, p. 178-180.
— On the treatment of Varicocele by ligation and excision. Ibid.,
p. 772-775.
MAC-CORMAC, Brit. Med. Journ. Lond. 1886, p. 493.
Mémoires de l'Académie de Médecine, t. XXIX, p. 307.
MORACHE, Traité d'hygiène militaire, p. 208.
MIKOFF, Thèse de Lyon, 1899.
MONOD et TERRILLON, Traité des maladies du testicule et de ses annexes.
NICAISE, Revue de Chirurgie. Paris, 1884, t. III, p. 481.
PERIER, Thèse de Paris, 1864.
PORTER, New-York Med. Journal, 1881, t. I, p. 367.
PERCEPIED, Thèse de Paris, 1878.
RECLUS, Traitement du Varicocèle. Gaz. hebdomadaire de Méd. Paris, 1893, XL,
135-137.
Revue de Chirurgie, 1884, p. 364.
ROUX, Revue médicale de la Suisse Romande, 1886.
RICHELOT, Journal de Médecine de Paris, 9 février 1885, p. 459.
ROBSON, Treatment of Varicocele by excision.
SECOND, Art. Varicocèle du Dictionnaire de Jaccoud, t. XXXVIII, p. 295.
SECOND et JAMIN, Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1889, XV, 175-186.
TILLAUX, Traité de Chir., clinique et anatomie topographique.
TUFFIER, Presse Médicale, 20 sept. 1899.
VIDAL DE CASSIS, De la cure radicale du Varicocèle, Paris, 1860.
VILLENEUVE, Marseille méd. 1892, XXIX, p. 715.
VINCENT, Thèse de Paris, 1884.
WEIL OGILVIE, LANCET, 1877, t. I, p. 267.
WICKHAM, Thèse de Paris, 1885.
Zézaz Wiener med. woch, 1884.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I ^{er} .	
Etiologie et Pathogénie	7
Anatomie Pathologique	10
Diagnostic différentiel.	11
CHAPITRE II.	
Historique du traitement.	13
a) Traitement palliatif.	14
b) Traitements sanglants	15
CHAPITRE III.	
Indications	27
Contre-Indications	34
CHAPITRE IV.	
Manuel opératoire	37
CHAPITRE V.	
Observations.	41
CONCLUSIONS.	53
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	55

CHAMBÉRY. — IMPRIMERIE NOUVELLE, AVENUE DU CHAMP-DE-MARS
